FOTO



**FORMULARIO DE POSTULACION**

**PARA ESTUDIANTES INTERNACIONALES**

**DE PREGRADO**

¿Tiene su Universidad convenio con la Universidad de Chile? Sí\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_

 Revise en **Convenios Internacionales**: <http://www.uchile.cl/rrii>

**DATOS PERSONALES**

Nombre Completo: \_

N° Pasaporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: \_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_ \_\_\_\_ País (Residencia): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_Celular (Móvil) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ @\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS ACADÉMICOS**

Carrera o Programa que estudia: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facultad: \_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidad: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: País:

Nivel o semestre que cursa en la actualidad:

**DATOS MOVILIDAD: ACUERDO ACADÉMICO**:

Tiempo de pasantía a solicitar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_

Fecha de inicio y término:

Escuela o Programa en la que solicita el intercambio:

 Pasantía observacional

\_\_\_\_\_Rotación Práctica profesional

\_\_\_\_\_Cursos semestrales

\_\_\_\_\_Pasantía de Investigación

\_\_\_\_\_\_\_Evaluación con créditos homologables

\_\_\_\_\_\_\_Evaluación sin créditos Homologables \_\_\_\_\_\_\_Evaluación Universidad de origen

\_\_\_\_\_\_\_Certificado solo evaluación y asistencia

Áreas de rotación en las que quisiera participar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Detalle de las asignaturas a ser reconocidas por la Unidad Académica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del curso en Universidad de Origen | Nº de créditos | Nombre y código del curso en Universidad de Chile | N° de créditos |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Académico responsable que aprueba la solicitud de asignaturas o pasantía, Tutor, Director de Escuela, Director Académico. Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbre:

Nombre encargado de la Oficina de Relaciones Internacionales o Movilidad:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbre:

* **He tomado conocimiento que debo pagar un arancel mensual de U.S $600 o equivalente a la moneda nacional si mi universidad NO tiene convenio.**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del solicitante

**Documentos requeridos**

1. Fotografía tipo pasaporte reciente
2. Fotocopia hoja de identificación de su pasaporte o documento nacional de identificación
3. Certificado oficial de calificaciones de asignaturas aprobadas en español o inglés
4. Carta de recomendación de docente, en español o inglés
5. Acuerdo Académico: Programas de actividades que solicita realizar durante las fechas señaladas, con la aprobación de la Facultad de Medicina de origen.
6. Certificado de dominio del Idioma Español B2
7. Certificado Vacuna Hepatitis

Una vez asignado el cupo y enviada la carta d aceptación se solicitará:

1. Seguro de salud para el tiempo que dure su estadía.
2. Certificado Vacuna Influenza (estacional)

**TODA DOCUMENTACIÓN DEBE ENVIARSE EN FORMATO PDF A:**

**rrii@med.uchile.cl**

**Plazos de postulación**

Primer Semestre (Marzo – Julio): **hasta el 15 de Octubre**

Segundo Semestre (Julio - Diciembre): **hasta el 15 de abril**

**LA UNIVERSIDAD DE CHILE CIERRA DURANTE TODO EL MES DE FEBRERO**

**Aceptación**

Al ser aprobado en el programa, el estudiante recibirá carta de aceptación de parte de la Dirección de Relaciones Internacionales para la obtención de su visa de estudiante. Este documento se enviará a las direcciones indicadas por el postulante en el formulario de postulación: email y correo postal de su Universidad de origen.